16

LA

CYSTOSCOPIE DANS LES PÉRICYSTITES

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES

CALCULS DE LA PROSTATE

PAR

Le Dr O. PASTEAU
Ancien interne médaille d'or des hôpitaux.
Ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Necker.

(Extrait des *Comptes rendus de l'Association française d'Urologie*.
Dix-septième session. — Paris, 1913.)

PARIS
OCTAVE DOIN ET FILS, ÉDITEURS
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1913

LA

CYSTOSCOPIE DANS LES PÉRICYSTITES

Les péricystites se présentent cliniquement sous des formes très différentes :

1° Tantôt il s'agit d'un malade atteint depuis longtemps déjà d'infection urinaire. En dehors des signes ordinaires de la cystite, on trouve une température élevée, et au palper hypogastrique, on constate une sorte d'empâtement périvésical plus ou moins étendu, et généralement assez résistant. Le diagnostic est simple et *le doute n'est pour ainsi dire pas permis.*

2° Tantôt au contraire les urines sont à peine troubles ; les signes ordinaires de la cystite sont à peine marqués ; du côté des reins on ne trouve rien de bien précis, ou même on peut s'assurer que les reins ne suppurent pas. Néanmoins la température persiste malgré le traitement. Le toucher vaginal ou rectal ne donne rien de net. Ici le diagnostic ne s'impose pas ; *on peut seulement soupçonner la péricystite.*

3° Tantôt enfin *sans qu'il existe de cystite à proprement parler, on trouve néanmoins des symptômes vésicaux.*

La maladie est apparue *au cours d'une affection non urinaire, d'une salpingite ou d'une appendicite par exemple.* Et vraiment il faut avoir vu déjà des cas semblables pour penser au diagnostic de péricystite.

Alors que normalement en cas de cystite on trouve nettement la triade caractéristique : fréquence, douleur à la miction et urines troubles, ici les signes sont moins nets :

a) Il y a bien de la fréquence, mais il s'agit plutôt de fréquence de besoins que de besoins vraiment impérieux. Le malade peut résister et attendre.

b) De même la douleur est représentée par une sorte de gêne, de sensation de tiraillement, qui arrive non pas tant à la fin de la miction qu'un peu avant la fin, au cours de l'évacuation de la vessie. Si on examine ce qu'est devenue la capacité vésicale, on la trouve fort convenable ; mais de la douleur se présente, et parfois vive, si le remplissage à la seringue ou l'évacuation se fait assez vite. C'est quand la vessie se tend ou se détend rapidement qu'apparaît le maximum de sensation pénible. Pour la même raison les malades ne vident pas ou en tous cas vident très imparfaitement leur vessie.

c) Quant aux urines, elles contiennent sans doute un peu de desquamation, mais le dépôt est minime et ne rappelle en rien, au moins pendant un certain temps, ce qu'on trouve dans le cas d'une cystite capable de provoquer à un degré égal douleur et fréquence.

Si on palpe la région, on trouve parfois des signes évidents d'inflammation péri-vésicale, mais il peut arriver aussi qu'on ne constate pas grand'chose. D'ailleurs, la lésion originelle (appendicite ou salpingite par exemple) étant primitivement plus ou moins juxta-vésicale il est bien difficile de savoir ce qu'il faut mettre sur le compte de cette lésion primitive et ce qui revient à l'inflammation péri-vésicale secondaire.

C'est dans ces cas difficiles que la cystoscopie peut rendre de grands services et bien que les auteurs ne signalent même pas son emploi régulier, il m'est arrivé dans maintes circonstances d'y avoir recours et d'y trouver des indications diagnostiques ou pronostiques de première valeur.

Tout d'abord je veux poser en principe que quelle que

soit la maladie, appendicite, salpingite ou abcès froid, par exemple, les signes cystoscopiques sont les mêmes. Je puis cependant, pour plus d'exactitude, ajouter que s'il s'agit de lésions évoluant assez rapidement, et en particulier d'appendicite, la vascularisation constatée est plus intense.

Ceci dit, il reste à distinguer les lésions suivant la période de l'évolution de la péricystite. Je parlerai donc successivement de ce qu'on voit avant la perforation de l'abcès dans la vessie, au moment de la perforation et après la perforation.

1° *Lésions constatées avant la perforation vésicale.*

Siège des lésions. — On peut évidemment voir la péricystite s'installer dans des régions diverses, en avant, en arrière ou sur les parties latérales, en haut ou en bas. Mais il est de règle de constater, au cours des appendicites ou des salpingites en particulier, que la lésion siège sur la partie latérale de la vessie, et généralement au niveau du tiers supérieur de l'organe, la partie inférieure restant pendant ce temps complètement indemne.

C'est en effet une des caractéristiques de ces lésions intra-vésicales d'être très limitées, ce qui leur donne même une « valeur » très particulière par comparaison avec l'intégrité des parties voisines.

Aspect des lésions. — Tout d'abord, et quand il s'agit encore de peu de chose, quand l'inflammation n'est pas encore très proche, on ne constate guère que de la *rougeur diffuse*. A un grossissement assez fort, on voit des ramifications vasculaires très nombreuses et très fines dont quelques-unes peuvent être assez fragiles pour se rompre et donner naissance à de petites plaques de suffusions sanguines généralement peu étendues.

Ensuite, on voit apparaître, au milieu de cette rougeur diffuse, des *arborisations veineuses* bleuâtres fort nettes ; il

existe des ramuscules aplatis dont les bords sont plus ou moins réguliers, sinueux, anastomosés souvent entre eux, paraissent n'être pas dans le même plan que les petits vaisseaux dont je viens de parler et qui donnent à la muqueuse sa couleur rouge anormalement intense.

Puis il existe de l'œdème. C'est tout d'abord un *œdème franc*, également épais, donnant à la portion atteinte un aspect mat et moins rouge, parfois presque blafard ; la muqueuse fait saillie en bourrelet sur les parties voisines et paraît avoir une épaisseur de velours, à côté d'une étoffe plus mince et plus transparente. Il n'existe pas de plis, à moins que la paroi ne forme au contraire quelques incisures minces et profondes, bien découpées, et toujours limitées par des bords épais et comme soufflés.

Plus tard enfin apparaît un œdème très particulier, connu maintenant sous le nom d'*œdème bulleux*. Je ne le décrirai pas, car il ne présente ici rien de spécial, si ce n'est sa place sur la partie supéro-latérale de la vessie, alors que la zone inférieure, et en particulier la zone urétérale est complètement indemne, contrairement à ce qu'on est habitué à rencontrer le plus souvent, en cas de lésions vésicales ou urétéro-vésicales.

2° *Lésions constatées au moment de la perforation vésicale.*

Quand apparaît l'œdème bulleux dans les cas de ce genre, il faut se méfier et penser que la perforation de l'abcès dans la vessie est proche. En effet, au bout d'un temps variable, qui peut varier de quelques heures à deux ou trois jours, suivant la marche de la maladie, la paroi vésicale friable s'amincit de plus en plus et finalement le pus extra-vésical s'évacue à ce niveau. L'abcès juxta-vésical est ouvert dans le réservoir urinaire.

Si à ce moment on examine la région malade, *on peut, suivant les circonstances, voir ou non l'orifice de la perforation.*

En effet, si l'orifice est d'emblée assez large, si l'œdème bulleux se trouve peu développé, si le pus qui s'écoule n'est pas trop épais, on constate par exemple un point ou une petite fente d'aspect très foncé, tranchant bien sur les parties voisines, de contour net ordinairement, parfois au contraire déchiqueté avec un ou deux petits fragments blanchâtres soulevés en clapet lors du passage du pus.

Au contraire si l'orifice est petit, si l'œdème est très développé, on peut ne pas distinguer la perforation, cachée au fond d'un sillon profond ou dissimulée au milieu des bulles de l'œdème.

Mais *sans qu'on puisse voir exactement où est l'orifice on peut, dans certains cas, soupçonner néanmoins sa situation*. C'est qu'on voit alors sourdre quelque chose à travers la paroi vésicale au niveau de la région malade : cordon de pus épais dont le pédicule semble rattaché à la paroi au niveau de la perforation ; pus léger qui arrive en jet de vapeur ou de fumée et dont la place de sortie indique nettement la place de la fistule, fragments de débris alimentaires ou de débris variés, petits fragments de salade, pépins de raisin, poils, fils à ligature non résorbables laissés au cours d'opérations d'appendicite ou de salpingite, ou même débris de catguts qui ont servi à recoudre en plans successifs la vessie après la taille.

3° *Lésions constatées après l'établissement de la fistule.*

Suivant les circonstances, on distingue ou non l'orifice de la fistule, avec les caractères que je viens de mentionner ; puis tout autour une zône plus ou moins enflammée et dans laquelle on peut retrouver tous les caractères décrits avant la perforation. Toutefois, quand cette perforation date déjà de quelque temps, la tuméfaction générale diminue, l'œdème s'affaisse, la rougeur devient moins vineuse, tout se recolore en rose, plus ou moins parsemé de taches plus foncées. Les symptômes inflammatoires aigus deviennent moins accusés ; puis ils disparaissent

complètement parfois, pour laisser la muqueuse reprendre son aspect normal.

A ce moment, l'orifice de la fistule est généralement bien visible et on peut y introduire facilement une sonde urétérale si on y trouve quelque avantage, diagnostique ou thérapeutique. Cet orifice peut rester dans le même état ou être de plus en plus attiré par des adhérences péri-vésicales, si bien qu'il arrive à se présenter au fond d'une sorte d'entonnoir plus ou moins plissé.

Si des poussées aiguës ou subaiguës surviennent du côté de la fistule, les caractères redeviennent momentanément ceux que j'ai signalés précédemment.

4° *Lésions constatées après fermeture de la fistule.*

La paroi est redevenue normale ; on ne trouve généralement aucune trace de la cicatrice de la fistule. Les seuls signes qu'on peut observer sont les suivants :

En une place bien limitée, la muqueuse paraît plus blanche que normalement et moins vascularisée ; au pourtour de la région anciennement malade, au contraire, des vaisseaux veineux peuvent s'arrêter pour disparaître subitement dans la profondeur, après avoir présenté souvent une sorte de petite dilatation d'ailleurs sans importance.

La région est aplatie et ne montre rien de particulier, ou bien au contraire elle reste comme enfoncée, déprimée, en cavité arrondie ou en entonnoir non perforé, puisque la cicatrice est complète au fond.

Par cette description des lésions vésicales au cours des péricystites, description qui correspond dans ses détails à des cas observés cliniquement, on peut se rendre compte des renseignements que la cystoscopie est capable de donner.

Sans doute, il serait exagéré de dire que « toujours » ce moyen d'exploration est susceptible de donner des rensei-

gnements de première valeur, mais par contre on peut affirmer que *dans les cas difficiles, douteux, peu nets, la cystoscopie revêt une importance particulière, car à elle seule, elle peut permettre d'établir un diagnostic précis ou d'apprécier la progression ou la régression des lésions péri-vésicales.*

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES

CALCULS DE LA PROSTATE

Les calculs de la prostate ont été l'objet de travaux déjà nombreux parmi lesquels il convient de rappeler en particulier ceux de Morgagni (1762), de Civiale (1838), de Leroy d'Etiolles (1860) et plus récemment ceux de Legueu[1] (1895), de Guyon[2] (1899) et la thèse inaugurale de Tarnaud[3] (1901) qui est de beaucoup le travail le plus complet sur la question.

Depuis cette époque, il faut signaler les communications faites par Ravasini[4], et au Congrès français d'urologie par Nicolich[5], Tédenat[6], Pousson[7] ainsi que la revue récente de Tanton[8].

J'ai moi-même étudié l'anatomie pathologique et la patho-

[1] Legueu. Des calculs de la région prostatique de l'urètre. *Ann. gén.-urin.*, 1895, p. 769.

[2] Guyon. Des calculs de la région prostatique. *Ann. gén.-urin.*, 1899, p.

[3] Tarnaud. Etude sur les calculs de la prostate. *Thèse Paris*, 1901.

[4] Ravasini. Due casi di calcoli delle prostata. *Boll. dell' Assoc. med. Triestina*, IV, 22 janvier 1901.

[5] Nicolich. Enorme calcul de la prostate. *Assoc. franç. d'urol.*, 1909, p. 656.

[6] Tédenat. Calculs de la prostate. *Assoc. franç. d'urol.*, 1908, p. 423.

[7] Pousson. A propos de deux cas de calculs endoprostatiques. *Assoc. franç. d'urol.*, 1911, p. 725.

[8] Tanton. La lithiase prostatique. *Rev. clin. d'urol.*, 1912, p. 15.

génie des calculs de la prostate [1]; j'ai distingué parmi les calculs de la prostate :

1° Les *calculs urinaires*, assez fréquents, qui peuvent se développer sur place *dans l'urètre prostatique et ses diverticules* (calculs de l'urètre prostatique proprement dit, calculs urétro-vésicaux, calculs diverticulaires de l'urètre prostatique, calculs urétro-prostatiques), et qui le plus souvent ne sont que des calculs migrateurs venus des voies urinaires supérieures ;

2° Les *calculs intra-glandulaires*, plus rares, *calculs vrais de la prostate*, formation autochtone, *dont le développement doit être attribué à l'existence d'une infection atténuée de la glande.*

Les recherches de Galippe [2] pour la glande sous-maxillaire, les expériences de Mignot [3], de Gilbert et Fournier [4] pour les voies biliaires ont en effet permis d'attribuer à une infection atténuée glandulaire la formation des calculs primitifs intra-glandulaires. La même pathogénie m'a donc paru devoir être invoquée pour expliquer la formation des calculs intra-prostatiques.

Ces conclusions ont été admises depuis par les différents auteurs et sont devenues classiques.

Je voudrais aujourd'hui revenir sur une autre partie de la question et m'occuper des chapitres du diagnostic et du traitement.

DIAGNOSTIC DES CALCULS PROSTATIQUES

Les signes qui permettent d'établir le diagnostic de calculs de la prostate sont en somme peu nombreux ; les plus importants, pour ne pas dire les seuls sont :

[1] Pasteau. Etude sur les calculs de la prostate (anatomie pathologique, pathogénie). *Ann. gén.-urin.*, 1901, p. 416.

[2] Galippe. *France méd.*, 1886, II, p. 1049.

[3] Mignot. *Soc. de chir.*, 19 mai 1897.

[4] Fournier. *Thèse Paris*, 1896. — Gilbert et Fournier. *Traité de méd. et de thérapeutique*, 1898, V, art. Foie.

1° Le *frottement calculeux* qu'on peut rencontrer au passage d'un instrument dans la région prostatique de l'urètre ;

2° La *crépitation* qu'on peut parfois sentir par le toucher rectal, si dans une même poche plusieurs calculs se trouvent réunis et frottent les uns contre les autres.

On comprend combien ces signes sont, sinon difficiles à percevoir, du moins assez rares. Il serait imprudent de toujours compter sur leur existence en cas de calculs, et d'autre part leur absence ne peut pas être considérée comme un signe négatif suffisant pour faire éliminer ce diagnostic.

Depuis quelques années de nouveaux moyens d'exploration sont en usage et la *radiographie* en particulier est susceptible de donner en cas de calculs de la prostate des renseignements de réelle valeur, si on sait lui demander ce qu'elle peut donner, et si on ne veut pas lui demander plus qu'elle n'est susceptible de donner.

Plusieurs cliniciens ont eu recours à cette méthode d'examen, et je me plais à citer ici les noms de Golding Bird[1], de Brongersma[2], de Ravasini[3], et surtout de Gösta Forsell[4], qui ont obtenu d'ailleurs des résultats assez inégaux. J'ai moi-même présenté à la Société des chirurgiens de Paris un cas de calculs prostatiques qui avaient d'abord été pris pour des calculs de la vessie[5].

Il est à remarquer que, dans la plupart des observations, les calculs ont été perçus en même temps soit par l'exploration urétrale, soit par le toucher rectal. C'est dire l'impor-

[1] Golding Bird. A case of multiple prostatic stones *Brit. med. J.*, 1898.

[2] Brongersma. Deux cas de calculs prostatiques. *Assoc. franç. d'urol.*, 1909, p. 657.

[3] Ravasini. Calcolo della prostata del peso di 320 gr. *Fol. urol.*, 1909, IV, I, p. 49.

[4] Gösta Forsell. Anatomie radiographique du bassin et étude des concrétions vasculaires. *Soc. méd. de Suède*, 1908, 21, 1.

[5] Pasteau. Calculs de la prostate et radiographie. *Soc. des chir. de Paris*, 22 décembre 1911 et *Paris chir.*, 1911, p. 1036.

tance d'un examen complet dans les cas de ce genre; ce n'est pas parce qu'on dispose des plus récents procédés d'exploration qu'il est permis de négliger les enseignements de la clinique et de se passer des renseignements que fournissent les procédés ordinaires d'examen.

Cela établi d'une façon générale, je voudrais indiquer aussi nettement que possible comment se présentent à la radiographie les calculs de la prostate et dire comment on peut en particulier les différencier des calculs de la vessie.

1° *Les calculs de la prostate peuvent se montrer à la radiographie avec des caractères qui permettent de les reconnaître*, si on prête une attention suffisante à quelques menus détails, dans l'espèce très caractéristiques.

Si on divise le territoire radiographique vésical en trois parties égales, une médiane et deux latérales, on trouve pour ainsi dire toujours les *calculs de la vessie* dans les zones latérales, et M. Guyon a depuis longtemps insisté sur ce fait que les calculs de la vessie se logent dans les cornes vésicales latérales. Il faut que le calcul vésical soit assez volumineux pour se présenter dans la partie médiane, mais sa masse le fait alors distinguer d'emblée des calculs de la prostate qui ne sont que tout à fait exceptionnellement de gros volume.

Les *calculs de la prostate* au contraire se rencontrent nécessairement dans la zone médiane de la radiographie, les parties latérales restant libres.

Quelle est exactement la situation des ombres des calculs prostatiques dans la zône médiane?

Il serait faux de croire que les calculs prostatiques sont toujours exactement sur la ligne médiane. Suivant les circonstances leur place varie.

En effet, s'il s'agit d'un calcul urinaire arrêté dans l'urètre prostatique, on le voit naturellement médian sur la plaque radiographique. Mais s'il s'agit de calculs prostatiques proprement dits, les ombres ne sont plus *exacte-*

ment médianes mais *un peu rejetées en dehors*, puisqu'elles correspondent à des concrétions logées dans les lobes latéraux de la prostate. On en voit alors, et suivant les cas, *ou un ou deux groupes plus ou moins séparés par une zone claire* répondant à l'urètre prostatique, où il n'existe rien d'anormal. G. Forsell a déjà indiqué en partie ces détails.

S'il s'agit de calculs urinaires migrateurs arrêtés dans l'urètre protatique, les ombres prennent des formes variées, souvent un peu allongées, mais qui n'ont en somme rien de particulier. S'il s'agit au contraire de calculs prostatiques vrais, les ombres se présentent sous la forme de petites plaques arrondies plus ou moins régulières, dont quelques-unes sont bien nettement séparées des autres. Leur bord est net et tranche bien sur les parties voisines.

2° Mais *il n'est pas toujours possible de différencier d'emblée les ombres de calculs de la vessie d'avec les ombres de calculs de la prostate*. En effet, il peut arriver que de petits calculs vésicaux soient retenus dans le bas-fond et non pas tout à fait sur les parties latérales. Dans ce cas, surtout s'il s'agit de petits calculs arrondis migrateurs, venus des reins, il est facile de se tromper, la forme des ombres radiographiques étant la même et la région sur laquelle elles se projettent à peu près identique.

Il existe cependant un procédé qui permet d'éviter toute erreur, de faire à coup sûr un diagnostic radiographique exact. En effet si on remplit la vessie avec une solution opaque aux rayons, telle une solution de collargol, les calculs vésicaux doivent disparaître dans l'ombre du collargol, alors que les calculs prostatiques, qui sont en dehors de la cavité vésicale, doivent pouvoir se montrer sur la plaque en dehors de l'ombre du collargol. Voilà pour la théorie. Voyons ce qu'il en est dans la réalité.

Pratiquement les épreuves sont moins faciles à obtenir qu'on pourrait le croire d'emblée. Voici pourquoi :

Quand on remplit la vessie avec du collargol, et qu'on fait ensuite la radiographie, si les rayons tombent normalement

sur la paroi abdominale, on voit, sur l'ombre vésicale, se projeter l'ombre des pubis, puisque la vessie est en partie recouverte en avant par ces os. Si donc on veut obtenir une épreuve plus nette de la vessie, au lieu d'employer des rayons normaux à la paroi, on fait plonger les rayons obliquement derrière le pubis. On obtient ainsi une ombre vésicale indépendante de l'ombre pubienne. Mais pendant ce temps, que devient la radiographie de la région prostatique ?

Dans cette nouvelle position la région vésicale se profile sur la plaque derrière l'ogive pubienne comme une masse arrondie plus ou moins, et s'il existe des calculs dans la vessie on ne les voit pas, englobés qu'ils sont dans le collargol. Mais s'il existe des calculs dans la prostate, on ne les voit pas non plus. En effet la prostate se trouve cachée derrière le globe vésical et les calculs prostatiques projettent leur ombre sur l'ombre même de la vessie.

Que conclure de cela, si ce n'est que *pour obtenir une image de calculs de la prostate, il faut avant tout employer des rayons normaux par rapport à la paroi antérieure de l'abdomen et se résigner à voir les ombres des calculs prostatiques à travers l'ombre des pubis*. On peut alors obtenir d'une part l'ombre de la vessie dans laquelle disparaissent les ombres des calculs vésicaux, et d'autre part les *ombres des calculs prostatiques situés au-dessous de l'ombre vésicale et complètement séparés d'elle par un espace clair*. L'image est caractéristique.

On sait s'il existe des calculs dans un des lobes de la glande ou dans les deux, s'il en existe beaucoup, s'il en est d'assez volumineux et séparés, qu'on pourrait laisser en place au cours d'une intervention, croyant qu'on a déjà tout enlevé.

Quant à obtenir des détails plus précis encore, c'est vraiment impossible, même quand l'épreuve est nette. On ne peut songer à connaître exactement le nombre des calculs, car ils se projettent les uns sur les autres ; comme

ils sont normalement très petits et très nombreux, le mieux qu'on puisse obtenir est l'image d'une masse de petites ombres plus ou moins conglomérées avec quelques grains séparés plus ou moins complètement de la masse générale.

TRAITEMENT DES CALCULS PROSTATIQUES

Je voudrais faire remarquer tout d'abord que *le diagnostic de calculs de la prostate n'entraîne pas fatalement à sa suite la nécessité d'une intervention opératoire*. En dehors des malades qui ne veulent pas se soumettre à une intervention chirurgicale, il en est d'autres qui n'en ont réellement pas besoin. On peut assez souvent enlever les calculs prostatiques par des *moyens simples*.

Parmi ceux-ci il faut signaler tout d'abord la *dilatation et le calibrage du canal*. Cette méthode est surtout utile en cas de calcul urinaire migrateur arrêté dans l'urètre prostatique. Quand les parois urétrales sont devenues souples, les calculs peuvent souvent être évacués au moment de la miction. Dans d'autres circonstances l'usage d'une *sonde à demeure* peut amener la guérison complète ; j'en ai observé moi-même un exemple typique. Dans un cas de calcul de la prostate Bonneau [1] a pu de même par le *massage* évacuer complètement les petites concrétions. Je ne parle que pour mémoire de la lithotritie urétrale [2] et des interventions urétroscopiques qui peuvent au besoin rendre des services.

Tous ces traitements de petite chirurgie urinaire sont donc susceptibles de donner d'excellents résultats, d'autant plus que la radiographie permet d'apprécier le résultat obtenu et d'éviter de laisser en place des débris calculeux.

Mais *si une intervention est nécessaire, à quel traitement doit-on recourir ?*

Au moment de la thèse de Tarnaud (1901) la *taille péri-*

[1] BONNEAU. *Assoc. franç. d'urol.*, 1911, p. 731.

[2] GUIARD. Lithotritie urétrale appliquée au traitement des calculs de la région prostatique. *Ass. franç. d'urol.*, 1899, p. 328.

néale était l'opération de choix. « La communication si habituelle des calculs prostatiques avec l'urètre postérieur, disait-il, et la facilité si grande de la cicatrisation des plaies de la taille périnéale doivent faire préférer la voie urétrale. On peut donc pénétrer dans l'urètre prostatique par la dilatation périnéale ou par la taille périnéale. Cette dernière opération doit toujours être préférée quand les calculs sont volumineux ; elle est également indiquée quand le périnée est épais, comme chez les sujets gras. »

Mais à l'époque de la thèse de Tarnaud, la prostatectomie était encore dans l'enfance ; nous en étions à peine à la prostatectomie périnéale. Actuellement la prostatectomie périnéale a cédé le pas à la sus-pubienne et la voie haute, reconnue la meilleure pour aborder la vessie, est devenue également la meilleure pour aborder la prostate ; c'est presque la seule qu'on suive actuellement.

Dans ces conditions on ne s'étonnera pas que je vienne préconiser aujourd'hui, à moins d'exceptions, l'*ablation des calculs de la prostate par la voie sus-pubienne.*

Je sais bien que cette opération a été employée déjà et même qu'elle a été abandonnée ; l'intervention sus-pubienne pour calculs de la prostate a été quelque peu condamnée à ce congrès français d'urologie : M. Desnos[1] nous a rapporté un cas malheureux d'énucléation de calculs de la prostate par la voie sus-pubienne et M. Pousson lui aussi déclare que pour recourir à cette voie, il faut des raisons autres que la simple extraction des calculs. Mais dans les observations publiées il est dit que les manœuvres ont été longues et compliquées, si bien qu'on n'est peut-être pas en droit, sur ces quelques cas, de condamner une pratique tout entière.

Il me paraît au contraire que *la voie haute est à recommander et voici pourquoi :*

Si la prostate n'est pas très développée, il est possible

[1] Desnos. *Assoc. franç. d'urol.*, 1911, p. 732.

d'intervenir utilement; dans un de mes cas j'ai trouvé une prostate petite, je me suis contenté de dilater le col et en effondrant la paroi urétrale j'ai enlevé les calculs de l'intérieur de chacun des lobes. Les suites ont été des plus simples.

Si au contraire la prostate est grosse, on doit avoir pour but de l'enlever tout entière, c'est encore le meilleur moyen d'obtenir une guérison certaine.

Ces quelques considérations sur le traitement des calculs de la prostate me semblent venir à leur heure. Il m'a paru utile de faire remarquer que nous avons souvent mieux à faire que la simple taille périnéale qui reste encore le traitement classique indiqué dans tous les livres. Je crois que *l'existence de calculs en cas d'hypertrophie glandulaire simple de la prostate peut être considérée comme une nouvelle indication de la prostatectomie sus-pubienne.*
